نریمانی، محمد؛ خاوری، معصومه (۱۳۹۴). بررسی طرح واره‌های غالب و اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی بر درمان اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، *۵(۱)*، ۴۰-۲۰.

بررسی طرح واره‌های غالب و اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی بر درمان اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان

محمد نریمانی [۱]، معصومه خاوری [۲]

دریافت: ۱۳۹۲/۹/۶ پذیرش: ۱۳۹۴/۱/۲۷

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین طرح واره های غالب و اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی بر درمان دانش آموزان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بود. روش مطالعه آزمایشی، و طرح آن پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. به منظور انجام این پژوهش در مرحله شناسایی طرح واره ها،۳۰ و مرحله درمان، ۱۶ دانش آموز دختر دارای فوبی اجتماعی به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس افراد نمونه در مرحله درمان بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) قرار داده شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از پرسشنامه های فوبیای اجتماعی و طرح واره. آزمودنی های گروه آزمایش ۱۵ جلسه (۱۲۰ دقیقه ای) تحت طرح واره درمانی گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده های حاصل با استفاده از آزمون T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد: طرح واره درمانی گروهی شدت علایم فوبیای اجتماعی و طرح واره های محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی ثباتی، شکست و ایثار را کاهش می دهد و فراوان ترین طرح واره ها: ایثار، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی، خویشتن داری و خود انظباطی ناکافی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست، استحقاق و بزرگ منشی شناسایی شدند. به نظر می‌رسد طرح واره درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک رویکرد درمانی اثربخش در کاهش علایم دانش آموزان مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی در نظرگرفته شود. طرح واره درمانی گروهی می تواند در کاهش علایم اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی اثربخش باشد

کلیدواژه ها: *طرح واره درمانی، فوبی اجتماعی، طرح واره های ناسازگار اولیه*

۱. استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، narimani@uma.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی آموزش و پرورش، m.khavari57@gmail.com

مقدمه

اختلال فوبی اجتماعی[1] عبارت از ترس از موقعیت‌های اجتماعی، مشتمل بر موقعیت‌هایی که در آنها نوعی موشکافی یا ارتباط با غریبه‌ها وجود دارد. افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی از این می‌ترسند که در موقعیت‌های اجتماعی مانند بودن در جمع افراد و سخنرانی کردن در حضور دیگران، دچار شرمساری[2] شوند. آنها ممکن است ترس‌های خاصی در خصوص فعالیت‌هایی از قبیل نوشتن و غذا خوردن در جمع، یا نوعی ترس مبهم در رابطه با شرمسار شدن خود داشته باشند Sadock, & Sadock, (2007). از جمله علایمی که در مبتلایان به اختلال فوبی اجتماعی به وفور دیده می‌شود می‌توان به سرخ شدن چهره و تعریق شدید اشاره نمود Davison, Neale & kring, (2004). این نشانگان به شدت با آسیب پذیری برای چندین حالت روانپزشکی تضعیف کننده، مرتبط است Stein et al., (2001).

روانشناسان بالینی و همه گیرشناسی عموماً توافق دارند که اختلال فوبی اجتماعی دارای یک شروع اولیه است. این شروع اغلب در دوران کودکی یا نوجوانی است و اوج سن آغاز حدوداً ۱۵/۵ ساله است Timothy, & Barlom, (2007) و Heimberg, Stein, Hiripi, & Kessler (2000) در تحقیقی نشان دادند که شیوع اختلال فوبی اجتماعی در ۴ دهه گذشته افزایش یافته است. میزان شیوع فوبی اجتماعی در ۱۲ ماه بین ۶/۸ تا ۷/۴ درصد و در طول عمر ۱۳/۳ درصد می باشد(Kessler et al., (2005. همچنین اختلال فوبی اجتماعی بین ۳ تا ۱۳ درصد در جمعیت بزرگسال، گزارش شده است Murray et al., (2007). اختلال فوبی اجتماعی بعد از افسردگی اساسی (۱۷٪) و وابستگی به الکل (۱۴٪)، سومین اختلال روانی[3] شایع آمریکا است Crozier, & Alden, (2005).

نظریه‌های درمانی معاصر بر نقش فرایندهای شناختی در تداوم اختلال فوبی اجتماعی تأکید داشته اند Hofmann, (2007). از جمله مهم‌ترین مداخله های رفتاری– شناختی می‌توان به درمان شناختی– رفتاری بک Beck et al., (1979)، آموزش ایمن سازی در برابر استرس[4] Meichenbaum, (1977, 1990)، درمانگری ۲رفتاری هیجانی- عقلانی Ellis, (1992, 1997)؛ به نقل از Jon bozorgi, (2003) و طرح واره درمانی[5] [Young, Klosko, & Weishaar (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)] اشاره نمود.

---

1. social phobia disorder
2. embarrassment
3. mental disorder
4. stress inoculation training
5. shema therapy

در مدل درمان رفتاری-شناختی هیمبرگ، پیشرفت درمانی به دنبال تغییر در طرح واره‌های شناختی روی می دهد، به ویژه هنگامی که به طور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره گیری از طرح واره های دیگر، غیرفعال شوند (Rapee, & Heimberg, (1997. طرح واره‌های اضطراب، مرکب از باورها و مفروضاتی در مورد خطر و ناتوانی در مقابله با آن هستند (Beck et al., (1979.

برخی از بیماران که برای درمان اختلالات محور **I** مثل اضطراب مراجعه می‌کنند، نمی‌توانند روند درمان رفتاری–شناختی را با موفقیت پشت سر بگذارند، یا به محض پایان درمان، مشکل شان عود می‌کند حال‌آنکه مفید بودن طرح واره درمانی در درمان اضطراب مزمن[1] تأیید شده است Young et al., (2003 Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)].

طرح واره درمانی یکی از اولین رویکردهای جامع و یکپارچه[2]است که جنبه‌هایی از مدل‌های شناختی، رفتاری، روان پویایی[3]، دلبستگی[4] و گشتالت[5] را درهم می‌آمیزد. طرح واره درمانی اگر چه مؤلفه‌های شناختی و درمانی را برای درمان ضروری می‌داند، با این حال به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی[6] و روابط درمانی نیز اهمیت می‌دهد [Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)].

Young۱۸ طرح واره‌ی ناسازگار اولیه[7] را معرفی کرده است که عبارتند از: رهاشدگی/ بی-ثباتی[8]، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری[9]، محرومیت هیجانی[10]، نقص/ شرم[11]، خودتحول نیافته/ گرفتار[12]، وابستگی/ بی‌کفایتی[13]، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری[14]، انزوای اجتماعی/ بیگانگی[15]، شکست[16]، استحقاق/ بزرگ منشی[17]، خویشتن-داری و خود-انضباطی ناکافی[18]، اطاعت[19]، ایثار[20]،

1. major anxiety
2. integrated
3. psychodynamic
4. attachment
5. geshtalt
6. experiential
7. earlier maladabtive schemas
8. abandonment/ instability
9. mistrust/ abuse
10. emotional deprivation
11. defecticness/ shame
12. enmeshment/ undeveloped Self
13. dependence/incompetence
14. vulnerability to harm or illness
15. sicial isolation/ alienation
16. failure
17. entitlement/ grandiosity
18. insufficient self- contorol/ self -discipline
19. acting out
20. subjugation

پذیرش جویی/ جلب توجه[1]، منفی گرایی/ بدبینی[2]، بازداری هیجانی[3]، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی[4] و تنبیه[5].[Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)]

طرح واره‌های ناسازگار اولیه اغلب زیر بنای نشانه های مزمن اختلالات محور **I** مثل اضطراب به شمار می‌آید .[Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)] برآورد کمّی طرح واره نابهنجار در افراد نگران و غیر نگران اجتماعی حاکی از آن است که طرح واره‌های خود مربوط به ترس افراد نگران با درجاتی از نابهنجاری مشخص می‌شود (Wenzel et al., (2007). مطالعه اختفاء۶ خود در اضطراب اجتماعی، نشان داد که طرح واره برون رانی (انفصال) مرکزی۷ با اضطراب اجتماعی رابطه دارد. طرح واره برون رانی مرکزی یک راه اصلی۸ را برای ارزیابی مؤلفه‌ی شناختی مرکزی بالقوه اختلال اضطراب اجتماعی ارائه می‌دهد (Thomas et al., (2009.

(Pinto-Govveia et al., (2006 در مطالعه‌ای نشان دادند که بیماران فوبی اجتماعی نسبت به سایر بیماران اضطرابی سطوح بالایی از طرح واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌ی بریدگی/ طرد (طرح واره‌های ناسازگار بی‌ثباتی/ رهاشدگی) و طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص، استحقاق، محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه/ شرم را دارند.

افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از دیدگاه‌های درمانی خاصی برای طرح واره‌های ناسازگار بهره می-گیرند بدین صورت که با استفاده از درمان متمرکز بر طرح واره، نحوه به وجود آمدن این باورهای مرکزی را از طریق روش بازسازی شناختی با تمرکز بالای هیجانی-بین فردی ریشه یابی می‌کنند Pinto-Govveia et al., (2006).

طرح واره درمانی می‌تواند در درمان اختلالات اضطرابی و خلقی مؤثر باشد (به خصوص اگر با استفاده از مدل طرح واره باشد (Young, & Mattila, (2002. چنانکه (Wang et al., (2010 و Morrison, (2000) نشان دادند که بیمارانی که مشکلات دیرینه و پیچیده ای داشت علایم افسردگی و اضطرابش به حد نرمالی کاهش پیدا کرد.

در مطالعه (Cockram, Drummond, & Lee., (2010 سربازان جنگ ویتنام مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به افرادی که چنین تشخیصی نداشتند نمرات طرح واره بالاتری دارا بودند، که

---

1. Approval- seeking/ recognition-seeking
2. negativity/ pessimism
3. emotional inhibition
4. unrelenting standards/ hypercriticalness
5. panitiveness
6. hiding
7. core Extrusion Schema
8. avenue

نشان دهنده اهمیت نقش طرح واره در گسترش و تداوم آن می‌باشد. در مطالعه بعدی آنان، با وجود سطوح مشابه طرح واره‌ها، و علایم افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس ار سانحه هر دو گروه در شروع درمان، گروهی ار سربازان که طرح واره درمانی دریافت نمودند، در مقایسه با سربازانی که برنامه رفتاری شناختی را به اتمام رساندند، کاهش معنی داری بیشتری در میزان علایم اختلال استرس پس ار سانحه، اضطراب، افسردگی و ۱۷ طرح واره نشان دادند.

Nordahl, & Nysaeter, (2005) و Salavati, (2007) نشان دادند که طرح واره درمانی موجب کاهش اضطراب بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شده است. Brackema, & Spinhaven, (2008) نیز در بررسی اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و طرح واره درمانی در درمان اختلالات اضطرابی با خوشه مرضی[1] اختلالات شخصیت به این نتیجه رسیدند که درمان اختلالات دو محور با هر دو شیوه درمانی توأماً، مؤثرتر است. همچنین Hamid Pur et al., (2010) به این نتیجه رسید که طرح واره درمانی موجب کاهش شدت علایم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شده است. Abedi, (2009) نیز نشان داد که طرح واره درمانی موجب کاهش معنی دار نمرات و علایم اضطراب دانش آموزان دختر سال سوم راهنمایی می شود.

با توجه به شیوع بالای اختلال فوبی اجتماعی، تبعات منفی این اختلال بر جنبه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی زندگی بیماران، تازگی شیوه‌ی درمانی و عدم وجود پژوهش در این زمینه در داخل و خارج از کشور با توجه به بررسی‌های به عمل آمده، انجام چنین تحقیقی ضرورت می‌یابد. از این رو در این پژوهش سعی بر این شد که برای اولین بار به بررسی اثربخشی طرح واره درمانی گروهی بر کاهش شدت اختلال فوبی اجتماعی دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به آن و ترمیم طرح واره های ناسازگار آنان پرداخته شود و به این سؤال پاسخ داده شود که؛ طرح واره‌های غالب مبتلایان به اختلال فوبی اجتماعی کدامند؟

روش

روش این مطالعه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر پایه ی دوم دبیرستان‌های دولتی شهرستان رزن استان همدان بودند که در سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ اشتغال به تحصیل داشتند. از این میان دانش آموزانی که دارای ضوابط ورود بودند، با روش تصادفی ساده ۳۰ نفر به منظور تعیین طرح واره های غالب گروهی و ۱۶ نفر از آنها (این

1. comorbid cluster

تعداد مناسب به نظر می رسد.(Gunilla Klensmeden, (2008 ؛(Brackema, & Spinhaven, (2008 به عنوان نمونه مقدماتی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر چند که پژوهشگر ابتدا نمونه پژوهش را ۱۰ نفر در هر گروه انتخاب کرد تا پیامدهای افت آزمودنی نیز در نظر گرفته شده باشد.

ضوابط ورود: دارا بودن ملاک های تشخیصی اختلال فوبی اجتماعی براساس ***DSM-IV-IR***، شخیص اختلال فوبی اجتماعی تشخیص اصلی و اولیه باشد، تکمیل فرم رضایت درمان.

معیارهای خروج: غیبت بیش از ۲ جلسه.

برای گردآوری داده ها ابزارهای زیر بکار برده شد.

۱- مصاحبه ساختار یافته بالینی:

مصاحبه ساختار یافته بالینی ابزاری به منظور تشخیص گذاری براساس ملاک های تشخیص چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی است. این ابزار دو نسخه اصلی دارد: **SCID-I** که به ارزیابی اختلال های اصلی روان پزشکی (محور یک در **DSM-IV**) می پردازد. **SCID-II** این فرم به ارزیابی اختلال های شخصیت (محور دو در **DSM-IV**) می پردازد. Bakhtiari, (2000) ضریب پایایی **SCID –II** را در جمعیت ایرانی به روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۵ گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه فوبی اجتماعی:

این مقیاس نخستین بار توسط Connor, et al., (2000) به منظور ارزیابی فوبی اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک می‌باشد. هر ماده یا سؤال براساس مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای درجه بندی می گردد.

Connor, et al., (2000) پایایی به روش باز آزمایی پرسشنامه را برابر ضریب همبستگی در دامنه‌-ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۹، همسانی درونی یا ضریب آلفا را برابر ۰/۹۴، روایی همگرا در مقایسه با نمرات مقیاس فوبیای اجتماعی فرم کوتاه[1]، (Davison, Neale, & Kring, (2004؛ به نقل از (Connor, et al., (2000 با ضرایب همبستگی در دامنه ای از ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ و اعتبار سازه ای را مطلوب گزارش کرده‌اند.

همچنین روایی سازه در مقایسه‌ی نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال فوبی اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص اختلال روانی، بررسی شده که تفاوت معناداری با هم نشان داده‌اند و این حاکی از روایی سازه‌ی بالای این پرسشنامه می باشد Connor, et

1. BSPS

نقطه‌ی برش این پرسشنامه ۱۹، با کارآیی یا دقت تشخیصی ۰/۷۹ می باشد Davison, Neale, al., (2000) & Kring, (2004)؛ به نقل از Connor, et al., (2000) ، Abdi, (2003) در پژوهش خود همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است.

۳- پرسشنامه طرح واره یانگ (فرم کوتاه):

پرسشنامه طرح واره یانگ فرم کوتاه Schmidt, et al., (1995) یک ابزار اندازه‌گیری خودگزارشی به منظور ارزیابی طرح واره ها است. این پرسشنامه دارای ۷۵ آیتم می‌باشد که پانزده طرح واره‌ی ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. هر آیتم بر روی یک مقیاس ۶ درجه ای نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرح واره را می‌سنجد. چنانچه میانگین نمره هر خرده مقیاس بالاتر از ۳ باشد آن طرح واره ناکارآمد خواهد بود Nordhal, Holth, & Haugum, (2005).

Rijkeboe, van den Berghb, & van den Bout, (2005) ضریب پایایی پرسشنامه را بین دو نیمه ۰/۸۷ تا ۰/۶۸ و ضریب بازآزمایی به فاصله ی ۶ هفته را ۰/۸۳ گزارش کردند.

اعتبار پرسشنامه به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۶ بود Waller, Meyer & Hanian, (2002)؛ به نقل از Sadughi, et al., (2007). اعتبار پرسشنامه در بررسی Sadughi, et al., (2007) به وسیله ی آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۶۰ تا ۹۰ و آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ به دست آمد و دقت در طبقه-بندی آزمودنی ها را ۰/۸۷ گزارش شده است، که نشان دهنده ی روایی تشخیص این مقیاس می‌باشد.

روش اجرای جلسات درمانی بدین صورت بود که: طی یک جلسه گروهی منطق درمان و هدف پژوهشی درمان توضیح داده شد و رضایت نامه کتبی ورود به درمان توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید و به آنها اطمینان داده‌شد که کلیه‌ی اطلاعات آنان نزد درمانگر محفوظ خواهد ماند. سپس برای همه‌ی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های فوبی اجتماعی و طرح واره یانگ (فرم کوتاه) به عنوان پیش آزمون اجرا شد. در مرحله بعدی آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند و با گروه طرح واره درمانی قرار داد درمانی بسته شد. لازم به ذکر است که با سه جلسه غیبت، آزمودنی از گروه درمان خارج می شد. طرح واره درمانی گروهی دو بار در هفته به مدت دو ساعت، و کلاً ۱۵ جلسه Brackema, & Spinhaven, (2008) توسط پژوهشگر بر اساس پروتکل درمانی ارائه شده توسط Young, et al., (2003) (جدول ۱) ارائه گردید. همچنین به آزمودنی‌های گروه کنترل گفته شد که حدود سه ماه دیگر از آنها جهت ارزیابی مجدداً دعوت به عمل می‌آید. در طی جلسات گروهی پرسشنامه‌های طرح واره برای درمان گروه طرح واره درمانی شامل پرسشنامه‌های فرزند پروری

یانگ، اجتناب یانگ- ریگ، جبران یانگ و پرسشنامه چند وجهی سرگذشت زندگی، مورد استفاده قرار گرفت. هنگامی که جلسات طرح واره درمانی گروهی به اتمام رسید، مجدداً همه آزمودنی‌های از نظر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفتند و داده‌های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون، آماده‌ی تحلیل آماری شدند. لازم به ذکر است که تا پایان جلسات طرح واره درمانی ۲ نفر از گروه طرح واره درمانی به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه در تحلیل آماری لحاظ نشدند و ۲ نفر نیز از گروه کنترل در پس آزمون شرکت نکردند.

جدول ۱. پروتکل جلسات طرح واره درمانی گروهی

جلسه	هدف	شرح
اول	روع درمان	برقراری ارتباط، بیان هدف پژوهش و منطق درمان و اجرای پیش آزمون
دوم تا پنجم	سنجش	۱- شناخت الگوهای ناکارآمد زندگی ۲- شناخت و برانگیختن طرح واره های ناسازگار اولیه ۳-درک ریشه های تحولی طرح واره ها در دوران کودکی و نوجوانی ۴-شناخت پاسخها و سبک های مقابله ای ۵-سنجش خلق و خو ۶-مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح واره محور
ششم تا نهم	تغییر	تکنیک‌های شناختی ۱- آزمون اعتبار طرح واره ۲-تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح واره ۳-ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای بیمار ۴-برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح واره ۵-تدوین و ساخت کارت های آموزشی ۶-تکمیل فرم ثبت طرح واره

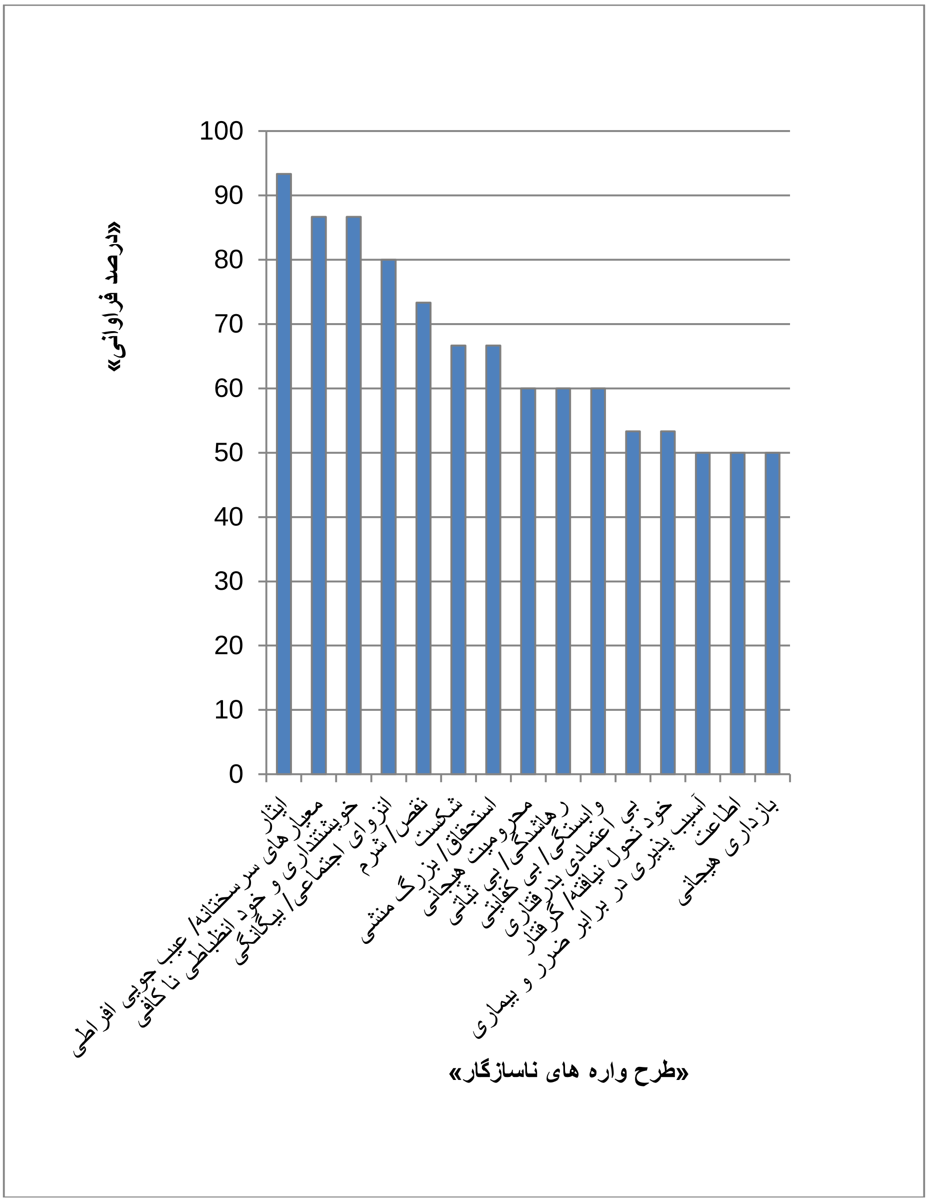
		تکنیک های تجربی ۱- ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک هایی در درمان ۲- انجام گفتگوهای خیالی ۳-بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی ۴-تصویر سازی ذهنی وقایع آسیب زا ۵-نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی ۶-تصویر سازی ذهنی به منظور الگو شکنی
دهم تا شانزدهم	تکنیک های رفتاری تغییر	۱- شناخت رفتارهای خاص به عنوان آماج احتمالی تغییر ۲-اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی ۳-ایجاد ارتباط بین رفتار آماجی و ریشه های تحولی دوران کودکی ۴-بررسی مزایا و معایب ادامه رفتارها ۵-رویارو سازی همدلانه ۶- تهیه کارت آموزشی ۷-. تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش ۸- توافق در انجام تکالیف خانگی و مرور و بررسی آن در جلسه بعد

ملاحظات اخلاقی پژوهش (راز داری و کسب رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در طرح واره درمانی) انجام گردید.

روش آماری برای تجزیه و تحلیل تفاوت گروه کنترل و آزمایشی جهت تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش آزمون **T** مستقل بوده است.

یافته‌ها

همه آزمودنی‌ها جنسیت، دامنه سنی و تحصیلات مشابهی داشتند و در زمان انجام پژوهش در پایه دوم دبیرستان‌های دولتی شهرستان رزن استان همدان تحصیل می‌کردند. آزمودنی‌ها از نظر زیر گروه‌های تشخیصی اختلال فوبی اجتماعی شامل ۴ نفر از نوع منتشر و ۱۲ نفر از نوع غیرمنتشر بودند و توزیع آنها در هر دو گروه مورد مطالعه وضعیت نسبتاً مشابهی داشت، از نظر وجود تشخیص‌های توأم، با توجه به اعمال ملاک‌های شمول در انتخاب آنها، هیچ کدام از آنها اختلال توأم در محور یک و دو نداشتند.



نمودار ۱. درصد فراوانی طرح واره های ناسازگار اولیه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی

درصد فراوانی طرح واره‌های ناسازگار در دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی با توجه به نمودار ۱ به ترتیب بیشترین فراوانی عبارتند از: طرح واره های ایثار (۹۳/۷۵٪)، معیار-های سرسختانه/ عیب جویی افراطی (۸۷/۵٪)، خویشتنداری و خود انظباطی ناکافی (۸۷/۵٪)، انزوای

اجتماعی/ بیگانگی (۸۱/۲۵٪)، نقص/ شرم (۷۵٪)، شکست (۶۸/۷۵٪)، استحقاق/ بزرگ منشی (۶۸/۷۵٪)، محرومیت هیجانی (۶۲/۵٪)، رهاشدگی/ بی ثباتی (۶۲/۵٪)، وابستگی/ بی کفایتی (۶۲/۵٪)، بی اعتمادی/ بدرفتاری (۵۶/۲۵٪)، خود تحول نیافته/ گرفتار (۵۶/۲۵٪)، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری (۵۰٪)، اطاعت (۵۰٪)، بازداری هیجانی (۵۰٪)

جدول ۲. مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه ی فوبی اجتماعی در میان گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	آزمون همسانی واریانس ها: F	آزمون همسانی واریانس ها: سطح معنی داری	T	سطح معنی داری
فوبی اجتماعی	آزمایش	۱۸/۳۷	۷/۶۵	۲/۱۶	۰/۰۲	۲/۴۱	۰/۰۱
	کنترل	۱۱/۶۲	۱۱/۹				

مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه‌ی فوبی اجتماعی در میان گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات فوبی اجتماعی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار بدست آمد (**t=۲/۴۱**، **p=۰/۰۱**). به عبارت دیگر، میانگین نمرات تفاضل فوبی اجتماعی گروه آزمایش (۱۸/۳۷) بیشتر از میانگین نمرات فوبی اجتماعی گروه کنترل (۱۱/۶۲) بود.

جدول ۳. مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه ها ی طرح واره در میان گروه های آزمایش و کنترل

ردیف	متغیرها	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	آزمون همسانی واریانس ها: F	آزمون همسانی واریانس ها: سطح معنی‌داری	T	سطح معنی داری
	طرح واره کلی	آزمایش	۸۷/۱۲	۲۵/۹۹	۶/۳۱	۰/۰۲	۴/۲۹	۰/۰۰۱
		کنترل	۲۰/۳۷	۴۶/۳۵				
	طرح واره محرومیت هیجانی	آزمایش	۷/۳۷	۴/۶۷	۳/۸۲	۰/۰۷	۶	۰/۰۰۰
		کنترل	۲/۳۷-	۱/۰۶				
	طرح واره	آزمایش	۶/۶۲	۳/۹۹	۲/۶۸	۰/۱۲	۴/۹۹	۰/۰۰۰

	رهاشدگی/ بی ثباتی	کنترل	-۱/۷۵	۲/۵۴				
	طرح واره بی اعتمادی/ بدرفتاری	آزمایش	۶/۳۷	۳/۹۲	۲/۳۶	۰/۱۴	۲/۳۳	۰/۰۳
		کنترل	-۰/۱۲	۶/۸۳				
	طرح واره انزوای اجتماعی/ بیگانگی	آزمایش	۸/۱۲	۵/۴۰	۰/۲۰	۰۶۶/	۱/۲۲	۰/۲۴
		کنترل	۴/۵۰	۶/۳۹				
	طرح واره نقص/شرم	آزمایش	۶/۸۷	۷/۲۳	۶/۸۵	۰/۰۲	۰/۷۸	۰/۴۴
		کنترل	۴/۶۲	۳/۵۸				
	طرح واره شکست	آزمایش	۷/۳۷	۳/۸۸	۱/۲۰	۰/۲۹	۳/۶۹	۰/۰۰۲
		کنترل	۱/۵۰	۲/۲۶				
	طرح واره وابستگی/ بی کفایتی	آزمایش	۷/۶۲	۴/۶۲	۱/۱۳	۰/۳۰	۱/۶۸	۰/۱۱
		کنترل	۲/۶۲	۷				
	طرح واره آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	آزمایش	۴/۳۷	۳/۷۷	۱/۷۵	۰/۲۰	۱/۱۳	۰/۲۷
		کنترل	۱/۷۵	۵/۳۶				
۰	طرح واره خود تحول نیافته /گرفتار	آزمایش	۴/۲۵	۳/۷۷	۳/۴۱	۰/۰۸	۱/۲۰	۰/۲۴
		کنترل	۰/۷۵	۷/۳۲				
	طرح واره	آزمایش	۴/۵۰	۴/۱۷	۷/۷۷	۰/۰۱	۰/۲۹	۰/۷۶

۱	اطاعت	کنترل	۶/۱۲	۱۴/۷۷			–	
۲	طرح واره ایثار	آزمایش	۴/۳۷	۳/۶۶	۲/۳۳	۰/۱۴	۳/۲۸	۰/۰۰۵
		کنترل	-۰/۶۲	۲/۲۶				
۳	طرح واره بازداری هیجانی	آزمایش	۵/۱۲	۴/۰۱	۴/۰۷	۰/۰۸۶	۱/۲۱	۰/۲۴
		کنترل	۱/۲۵	۸/۰۸				
۴	طرح واره معیار های سرسختانه/عیب جویی افراطی	آزمایش	۵/۷۵	۵/۵۷	۰/۳۱	۰/۵۸	۱/۲۵	۰/۲۳
		کنترل	۲/۳۷	۵/۲۰				
۵	طرح واره استحقاق/ بزرگ منشی	آزمایش	۲/۵۰	۳/۰۲	۱/۸۹	۰/۱۹	۲/۴۳	۰/۰۲
		کنترل	-۲/۲۵	۴/۶۲				
۶	طرح واره خویشتنداری و خود انضباطی ناکافی	آزمایش	۵/۸۷	۴/۵۱	۰/۳۲	۰/۵۷	۱/۷۳	۰/۱۰
		کنترل	۲	۴/۴۴				

مقایسه میانگین تفاضل نمرات مؤلفه‌ی فوبی اجتماعی در میان گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات طرح واره کلی گروه آزمایش و کنترل (t=۴/۹۸) و طرح واره های محرومیت هیجانی (t=۶)، رهاشدگی/ بی ثباتی (t=۴/۹۹)، شکست (t=۳/۶۹)، ایثار (t=۳/۲۸) در سطح p=۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این صورت که میانگین نمرات تفاضل طرح واره کلی (۸۷/۱۲) و طرح واره‌های محرومیت هیجانی (۷/۳۷)، رهاشدگی/ بی‌ثباتی (۶/۶۲)، شکست (۷/۳۷)، ایثار

(۴/۳۷) در گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات طرح واره کلی (۲۰/۳۷) و طرح واره های محرومیت هیجانی (۲/۳۷)، رهاشدگی/ بی ثباتی(۱/۷۵-)، شکست (۱/۵)، ایثار (۰/۶۲-) در گروه کنترل بود.

بین میانگین نمرات طرح واره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری (**t=۲/۳۳**)، استحقاق/ بزرگ منشی (**t=۲/۴۳**) گروه آزمایش و کنترل در سطح **p=۰/۰۵** تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این صورت که میانگین نمرات تفاضل طرح واره کلی (۲۰/۳۷) و طرح واره‌های بی اعتمادی/ بدرفتاری (۶/۳۷)، استحقاق/ بزرگ منشی (۲/۵) در گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات طرح واره کلی (۸۸/۱۲) و بی‌اعتمادی/ بدرفتاری (۰/۱۲-)، استحقاق/ بزرگ منشی (۲/۲۵-) در گروه کنترل بود.

بین میانگین نمرات تفاضل طرح واره انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و خویشتنداری/ خود انضباطی ناکافی تفاوت معنی داری بدست نیامد.

نتیجه

همانگونه که ذکر گردید، هدف عمده‌ی این پژوهش ابتدا ارائه تابلوی توصیفی از طرح واره‌های ناسازگار اولیه‌ی غالب دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی است. هدف بعدی، بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی در کاهش شدت علایم دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی است.

بررسی طرح واره‌های غالب در گروه نمونه پژوهش حاضر، بیانگر این مطلب می‌باشد که فراوان ترین طرح واره‌ها به ترتیب عبارتند از: ایثار، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی، خویشتنداری و خود انضباطی ناکافی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، شکست، استحقاق و بزرگ منشی. همچنین، طرح واره آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت و بازداری هیجانی، کمترین میزان فراوانی را در جامعه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی دارند. به نظر می رسد که نتایج مطالعه حاضر، تا حدودی با مطالعه Beck, & Emery, (1985) و Pinto-Govveia et al., (2006) همخوانی دارد.

فوبی اجتماعی با دامنه گسترده باورهای مرکزی همبستگی زیادی دارد Pinto-Govveia et al., (2006). سنجش طرح واره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند اطلاعات مهمی درباره باورهای مرکزی مرتبط با فوبی اجتماعی فراهم آورد. در طرح واره ایثار، تمرکز افراطی بر ارضاء نیازهای دیگران در زندگی روزمره است، که به قیمت عدم ارضای نیازهای خود فرد تمام می‌شود. رایج‌ترین دلایل انجام این کار عبارتند از:

جلوگیری از آسیب رساندن به دیگران، جلوگیری از احساس گناه ناشی از خودخواهی یا تداوم ارتباط با افراد نیازمند. این امر اغلب از حساسیت بیش از حد نسبت به درد و رنج دیگران ناشی می شود. چنین طرح واره‌ای منجر به این احساس می‌شود که نیازهای فرد ایثارگر به قدر کافی ارضاء نمی‌شود و همچنین باعث رنجش افرادی می شود که او از آن ها نگهداری می کند.

در طرح واره معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی، باور اساسی مبنی بر اینکه فرد برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه درباره رفتار و عملکرد خود، باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می گیرد. این طرح واره اغلب منجر به نقص‌های جدی در احساس لذت، آرامش، سلامتی، احساس ارزشمندی، پیشرفت یا روابط رضایت‌مندانه می‌شود و موجب توجه غیر معمول فرد به جزئیات یا ارزیابی کمتر از حد عملکرد خود در مقایسه با عملکرد دیگران می‌پردازد.

در مدل باورهای ناکارآمد Beck, et al., (1985) نیز سه گروه از باورهای ناکارآمد شامل معیارهای سرسختانه برای عملکرد اجتماعی، باورهای شرطی در رابطه با ارزیابی اجتماعی و باورهای غیر مشروط در مورد خود ارایه نموده‌اند.

در طرح واره خویشتنداری و خود انضباطی ناکافی، مشکلات مستمر در خویشتن- داری مناسب، تحمل نکردن ناکامی‌ها در راه دستیابی به اهداف شخصی و یا ناتوانی در جلوگیری از بیان هیجان‌ها وتکانه‌ها را دارد. در شکل‌های خفیف‌تر، بیمار به شدت از ناراحتی اجتناب می کند.

در طرح واره انزوای اجتماعی/ بیگانگی، فرد احساس می کند که از جهان کناره گیری کرده و با دیگران متفاوت است یا این که به جامعه و گروه خاصی تعلق خاطر ندارد. در طرح واره نقص/ شرم، احساس اینکه فرد در مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت اش، انسانی ناقص، نامطلوب، بد، حقیر و بی ارزش است یا اینکه در نظر افراد مهم زندگی‌اش، فردی منفور و نامطلوب به حساب می‌آید. همچنین این طرح واره، حساسیت بیش از حد نسبت به انتقاد، طرد، سرزنش، کم رویی، مقایسه های نابجا، احساس ناامنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب و نقصهای درونی را در بر می گیرد. این نقاط ضعف ممکن است شخصی (تکانه‌های خشم تمایلات جنسی غیر قابل پذیرش، خودخواهی) یا عمومی (ظاهر جسمی نامطلوب و مشکلات اجتماعی) باشند. در طرح‌واره شکست، باور به این که فرد شکست خورده است یا در آینده شکست خواهد خورد و اینکه شکست برای او اجتناب ناپذیر است. فرد در مقایسه با همسالانش در حوزه های پیشرفت (مثل تحصیل، شغل، ورزش و ...) غالباً احساس بی‌کفایتی می کند. اغلب شامل این باور است که شخص دیوانه، بی‌استعداد، نالایق و نادان است و نسبت به دیگران موفقیت

کمتری دارد. در طرح‌واره استحقاق و بزرگ منشی، فردی که چنین طرح واره‌ای دارد معتقد است که نسبت به دیگران یک سر و گردن بالاتر است، حقوق ویژه‌ای برای خودش قائل است و تعهدی نسبت به رعایت اصول روابط متقابل که راهنمای تعاملات اجتماعی بهنجار هستند، ندارد. Pinto-Govveia et al., (2006) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بیماران فوبی اجتماعی نسبت به سایر بیماران اضطرابی سطوح بالایی از طرح واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه‌ی بریدگی/ طرد (طرح واره‌های ناسازگار بی‌ثباتی/ رهاشدگی) را نشان دادند. آنها همچنین طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص، استحقاق، محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه/ شرم را مشخص نمودند. طرح واره-هایی که آنها در مطالعات خود گزارش کرده‌اند، اکثراً در درجات بالای فراوانی در جامعه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی مطرح است.

تأثیر طرح واره درمانی گروهی در درمان اختلال فوبی اجتماعی دانش آموزان دبیرستانی دختر بیانگر این مطلب است که روند طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش شدت علایم اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان دبیرستانی دختر شده است، نتایج آزمون **T** مستقل نشان داد که تفاوت میانگین نمرات فوبی اجتماعی گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود. به عبارت دیگر، میانگین نمرات تفاضل فوبی اجتماعی گروه آزمایش، بیشتر از میانگین نمرات تفاضل فوبی اجتماعی گروه کنترل بود.

این یافته همسویی بسیار زیادی با نتایج پژوهشهای مرتبط، دارد. مطالعات Nordahl, & Nysaeter, (2005) و Salavati, (2007) نشان داده است که طرح واره درمانی موجب کاهش اضطراب شده است. Brackema, & Spinhaven, (2008) نیز در بررسی اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و طرح واره درمانی در درمان اختلالات اضطرابی با خوشه مرضی اختلالات شخصیت به این نتیجه رسیدند که درمان اختلالات دو محور با هر دو شیوه درمانی توأماً، مؤثرتر است. Abedi, (2009) نشان داد که طرح واره درمانی موجب کاهش معنی دار نمرات و علایم اضطراب دانش آموزان دختر سال سوم راهنمایی می‌شود.(Morrison, (2000 و Wang et al., (2010) به این نتیجه رسید که علایم اضطراب بیمارانی که مشکلات دیرینه و پیچیده‌ای داشتند، به حد نرمالی کاهش پیدا کرد. Cockram, et al., (2010) نشان دادند که علایم اختلال اضطراب سربازان جنگ ویتنامی که طرح واره درمانی دریافت نمودند، در مقایسه با سربازانی که برنامه رفتاری شناختی را به اتمام رساندند، کاهش معنی داری بیشتری در میزان اضطراب و

۱۷ طرح واره نشان دادند. Hamid Pur et al., (2010) به این نتیجه رسید که طرح واره درمانی در کاهش شدت علایم زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز مؤثر واقع شده است.

طرح واره‌های ناسازگار اولیه اغلب زیر بنای نشانه های مزمن اختلالات محور **I** مثل اضطراب به شمار می آید [Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)]. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از دیدگاه‌های درمانی خاصی برای طرح واره های ناسازگار بهره می‌گیرند بدین صورت که با استفاده از درمان متمرکز بر طرح واره نحوه به وجود آمدن این باورهای مرکزی را از طریق روش بازسازی شناختی با تمرکز بالای هیجانی-بین فردی ریشه یابی می‌کنند Pinto-Govveia et al., (2006) همچنین مفید بودن طرح واره درمانی در درمان اضطراب مزمن تأیید شده است [Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)].

فرضیه پژوهش این بود که طرح واره درمانی گروهی در ترمیم طرح واره های ناسازگار اولیه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی مؤثر است. با توجه به این که هدف عمده ی طرح واره درمانی، ترمیم طرح واره می باشد [Young et al., (2003) Translation: Hamid Poor, & Andoz, (2007)]. لذا، پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی در ترمیم طرح واره‌ها پرداخت.

بررسی اثربخشی طرح واره درمانی گروهی در ترمیم طرح واره های ناسازگار اولیه دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی نشان داد که طرح واره درمانی گروهی موجب ترمیم طرح واره‌های ناسازگار اولیه این بیماران شده است. نتایج آزمون **T** مستقل نشان داد که روند طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش طرح واره های ناسازگار اولیه‌ی محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی ثباتی، شکست و ایثار دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی شده است. بدین صورت که تفاوت میانگین نمرات طرح واره های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بود. به عبارت دیگر، میانگین نمرات تفاضل طرح واره-های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات تفاضل طرح واره های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، شکست و ایثار گروه کنترل بود.

همچنین طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/ بد رفتاری و استحقاق/ بزرگ منشی دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی شده است. بدین صورت که تفاوت میانگین نمرات طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی اعتمادی/ بدرفتاری و استحقاق/

بزرگ منشی گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. به عبارت دیگر میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و استحقاق/ بزرگ منشی گروه آزمایش بیشتر از میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و استحقاق/ بزرگ منشی گروه کنترل بود.

در حالی که طرح واره درمانی گروهی موجب کاهش طرح واره‌های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی،معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و خویشتنداری/ خود انضباطی ناکافی دانش آموزان دبیرستانی دختر مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی نشده است. بدین صورت که تفاوت میانگین نمرات طرح واره‌های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی-کفایتی، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و خویشتنداری/ خود انضباطی ناکافی گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نبود. به عبارت دیگر میانگین نمرات تفاضل طرح واره‌های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و خویشتنداری/ خود انضباطی ناکافی گروه آزمایش از میانگین نمرات تفاضل طرح واره های ناسازگار اولیه انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، وابستگی بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و خویشتنداری/ خود انضباطی ناکافی گروه کنترل بیشتر نبود. می توان گفت که نتیجه حاضر با مطالعه (Salavati, (2007 همخوانی دارد. صلواتی به این نتیجه رسید که طرح واره درمانی موجب ترمیم طرح واره های ناسازگار اولیه در درمان بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیتی مرزی شد.

به طور کلی می‌توان ادعا کرد که طرح واره درمانی گروهی می‌تواند در کاهش علایم اختلال فوبی اجتماعی در دانش آموزان دختر دبیرستانی مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی اثربخش باشد و ترمیم طرح واره در اثر طرح واره درمانی صورت می گیرد که این امر به بهبود وضعیت بیمار کمک می کند.

در مجموع، این پژوهش از مدل طرح واره ی یانگ (Young, (1999 در درمان اختلالات محور **I** حمایت می کند و در راستای مطالعات صورت گرفته در زمینه اثر بخشی طرح واره درمانی گروهی می-

باشد، ولی همچنان مطالعات بیشتری را طلب می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که طرح واره درمانی به عنوان روش درمانی کارآمد توسط روانشناسان در درمان افراد مبتلا به فوبی اجتماعی استفاده شود.

References

Abdi, R. (2003). Interpretation bias in social anxiety disorder. Clinical Psychology Master's thesis, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, (In persion).

Abedi, Samia (2009). Surveying the Effect of Schema Therapy on Anxiety of grade three pre-high school female students. Master Thesis Psychology, Allameh Tabatabaei University, (In persion).

Bakhtiari, M. (2000). Surveying the Mental disorders in people with body deformities. Master Thesis Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, (In persion).

Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R.L.). (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, NY: Basic Books.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford.

Brackeman, D., & Spinhaven, B. "(2008). RCT of Cognitive Therapy and Schematherapy for comorbit anxiety and cluster c personality disorders. ZON-Mw, The Netherland Organization for Health Research and Development Lieden University; Pieter de la Court gebouw.

Cockram, D.M., Drummond, P.D., & Lee, C.W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 165-182.

Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. British Journal of Psychiatry; 176:379-386.

Crozier, W.R., & Alden, L.E. (2005). Editors, The essential handbook of social anxiety for clinicians, John Wiley & Sons, West Sussex, UK, pp. 33–55.

Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2004). Abnormal Psychology. 9th Edition. New York: John Wiley & Sons.

Gunilla Klensmeden Fosse .(2008). MD PhD Group Schema Therapy St. Olavs Hospital Trondheim University Hospital,

Hamid Pur, H., dolat shahi, B., Pour Shahbaz, A., & Dadkhah, A. (2010). Efficiency and effectiveness of schema therapy in the treatment of patients with generalized anxiety disorder. Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol. XVI, No. 4, pp. 420 -431, (In persion).

Heimberg, R.G., Stein, M.B., Hiripi, E., Kessler, R.C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. Eur Psychiatry. Feb;15(1):29-37.

Hofmann, S.G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. Cognitive Behaviour Therapy;36:195–209.

Jon bozorgi, M. (2003). Treatment methods of anxiety and stress (stress). Tehran: Institute for Humanities and study books Taday'oun (Samt) , (In persion).

Kessler, RC., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 62 (6): 593-602.

Morrison, N. (2000). Schema-focused cognitive therapy for complex long-standing problems: a single-case study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28, 269-283.

Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., Sack, C: (2007). The effects of maternal social phobia ... J Child Psychol Psychiatry;48:45-52.

Nordahl, H.M., Nysaeter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. J Behav Ther Exp Psychiatry;36:254–64.

Nordhal, H.M., Holth, H., Haugum, J.A. (2005). Early Maladaptive Schenas in Patient With or Without Personality Disorder: Dos Schema Modification Predict Symptomatic Relief? Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 142-149.

Pinto-Gouveia, José1., Castilho, Paula., Galhardo, Ana., Cunha, Marina. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. Cognitive Therapy and Research, Volume 30, Number 5, October , pp. 571-584(14)

Rapee, RM., & Heimberg, RG. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther 35 (8): 741–56.

Rijkeboer, M.M., van den Berghb, H., van den Bouta, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus nonclinical population. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 36: 129-144.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A., (2007). Kaplan & Saddock’s synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Sadughi, Z., Agilar Vafaee, M9, Rasoul Zadeh Tabatabaei, S.K., Esfahanian, N. (2007). Assessing the validity of the short version of the Young Schema Questionnaire. Iran Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol. XIV, No. 2, pp. 219-214, (In persion).

Salavati, M. (2007). Prevailing stereotypes and effectiveness of schema therapy in female patients with borderline personality disorder. Iran Clinical Psychology PhD thesis, University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute , (In persion).

Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E., & Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas, Cognitive Therapy and Research 19, pp

Stein, MB., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., Wittchen, HU. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. Arch Gen Psychiatry. 58 (3): 251-256.

Thomas, R**.** (2009). Hiding the Self and Social Anxiety : The Core Extrusion Schema Measure Cognitive Therapy And research ISSN 0147-5916 CODENCTHRD 8 , vol. 33, no1, pp. 90-109 [20 page(s) (article)] (1 p.1/2)

Timothy, B.A., & D.H., Barlow. (2007). Article: Casebook in Abnormal Psychology, 3d ed. (Brief Article) (Book Review) Thomson Publications, Calif.

Wang, C.E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010)**.** Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of

clinically depressed subjects. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 389-396.

Wenzel, A., Brendle, J.R., Kerr, P.L., Purat, D. Ferraro, F. Richard, A. (2007)**.**Quantitative Estimate of Schema Abnormality in Socially Anxious and Non- Anxious Individuals . Cognitive Behavior Therapy, Volume 36, Issue 4; pages 220 – 229**.**

Young, J.E. & Mattila, D.E. (2002). Schema-focussed therapy for depression, in Comparative Treatments of Depression (eds M.A. Reinecke and M.R.Davison). New York: Springer, pp. 291-316.

Young, J.E. (1999). Cogvitive Therapy for personality disorders:A Schema focused approach (rev. ed.). sarasota,ta,FL: professional Resource press.

Young, J.E., (1990). Cognitive therapy for personality disorders. Translation: Sahebi, A., & Hamid Poor, H. (2005). Tehran: Agah, (In persion).

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003). Schema therapy: A Practitioner's Guide. Translation: Hamid Poor, H., & Andoz, Z. (2007). Tehran: Arjmand, (In persion).